3537104 Salud

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS
Vacunamos en su Mejor Vida

FORMATO REGISTRO DIARIO DE PACIENTE	PO CAL VC VIP RSP 021
SIG	VERSION: 07
PROCESO: CALIDAD	REVISION: 07
ESTANDAR PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 07-05-2026

EMPRESA, INSTITUTO: Sena San Antonio — VACUNADOR: Alejandra — ASISTENTE: Sara Gonzalez — FECHA: 11 SEP. 2026

MODALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO: INTRAMURAL [ ] EXTRAMURAL [X] JORNADA DE SALUD [ ] DOMICILIARIO [ ] UNIDAD MOVIL [ ] — HORA ENTRADA: — HORA SALIDA:

	DATOS DEL PACIENTE								BIOLOGICO												
Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	RH	DIRECCION	BARRIO	TELEFONO	EPS	TD	HA	HB	H A+B	PA	VA	INF	TV	FT	DPT			# CARNET
1	Paula Valentina Fonseca Bohorquez	1012356895	30-8-2007	A+	Bosa		3225159297	Sura			2			2							
2	Laura Sofia Alvarez Sanchez	1023381095	05-09-2008	A+	Bosa		3043156918	Capital Salud			2			2							
3	Luna Sofia Rojas Silva	1013606709	21-07-2009	O+	Rafael Uribe		3209846832	Sanitas			1			1	A						
4	Nicol Dayana Gallifeldo Gomez	1012917386	21-09-2005	O+	San Cristobal		3009920886	Capital Salud						2							
5	Karol Dayana Valencia Pamelo	1141114402	02-06-2006	O+	Engativa		3022133908	Compensar			2			1							
6	Sara Nicole Parada Duarte	1034661641	12-08-2007	A+	Usaquen		3132114808	Compensar			2			2							
7	Isabela Alarcon Moreno	1028868154	27-10-09	O+	Kennedy		3194925977	famisanar			2			2							
8	Valery Sofia Martinez Ayala	1031422732	07-06-07	B+	Engativa		3247936602	Nueva EPS			1			1							
9	Melanie Jazbleidy Vargas Morales	1027468390	19-05-2009	A	Usme		3142097198	Salud Total			2			2							
10	Laura Sofia Feria Ascenco	1012379998	15-12-2008	O+	Bosa		3126654933	Capital Salud			1			1	A						
11	Dary Yamile Castellanos Rodriguez	53168854	04-06-85	O+	Soacha		3233535190	Sanitas			2			2							
12	Laura Daniela Ortiz Ortiz	1051826132	18-07-2008	A+	Suba		3215375124	Salud Total			2			2							
13	Luisa Fernanda Lepeda Venegas	1021643893	16-03-2007	O+	San Cristobal		3039855616	Capital Salud			2			2							
14	Laura Ramirez Leon	1019939958	17-05-98	O+	Kennedy		3009980672	Nueva EPS			2			2							
15	Merly Johanna Roa	38289668	18-04-87	O+	Bosa		3114792099	famisanar			2			2							
16	Linda Valentina Garcia	1010963047	06-10-06	O+	San Cristobal		3024033178	Capital Salud			2			2							
17	Yorgelis Virgina Cedeño Martinez	5688076	14-04-2009	A+	Suba		3024466979	Capital Salud			2			2							
18	Laura Valentina Sanchez Garzon	1027397844	20-01-2007	O+	Ciudad Bolivar		3115426800	Salud Total			2			2							
19	Ana Torres Gutierrez	1140911977	25-01-08	O+	Usme		3186740127	Capital Salud			2			2							
20	Jan Alejandra Villalobos	1007153306	7-03-03	O+	Soacha		3008894788	Sanitas			2			2							
21	Izeth Camila Camacho	1123511513	24-05-09	O+	Suba		3223158560	Salud Total			2			2							
22	Ana Paola Avendaño Salinas	1013268840	11-12-2008	A-	Suba		3147866530	famisanar			2			2							
23																					
24																					
	TOTAL										21			22							

CONTACTO — CORREO — TELEFONO

COORDINACION DE ENFERMERIA

OBSERVACIONES

El líder del SIG se permite comunicar que este documento impreso es una copia no controlada

Powered by CamScanner

35371014 - Salud oral.

Centro Especializado en Vacunación IPS VACUNAR COLOMBIA SAS Vacunarse es su Seguro de Vida	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	FO CAL VC V08 R08 033
	SIG	VERSIÓN: 08
	PROCESO: CALIDAD	REVISIÓN: 08
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	FECHA: 17-03-2026

1)

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

	FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
1	11 SEP. 2026	10:16	Paula Valentina Fonseca B	1012356395	Paula Fonseca.	Hb2 V2.	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:18	Laura Sofia Alvarez Sanchez	1023381075	LAURA ALVAREZ	Hb2 V2.	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:20	Luna Sofia rojas silva	2013606709	Sofia Silva	Hb7, V1, Inf	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:21	Nicol Dayana Gualteado Gomez	1012917386	Dayana G.	V3.	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:23	Karol Dayana Valencia	1141114402	Dayana Valencia	Hb2 V1.	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:24	Sara Nicole Parada Duarte	1039661641		Hb2 V2.	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:25	ISABELLA ALARCON MORENO	1028868164	ISABELLA A	Hb2 V1.	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:26	Valery Sofia Martinez Ayala	1031422432	Valery Martinez	Hb1 V1	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:28	Melanie Vargas Erazales	1022683890	Melanie Vargas	Hb2 V2.	Alejandra	
1	11 SEP. 2026	10:30	Laura Sofia Feria	1012371998		Hb1 V1. Inf	Alejandra	

Powered by CamScanner

2)

Centro Especializado en Vacunación

IPS VACUNAR COLOMBIA SAS

Vacunarse es su Seguro de Vida

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO	**FO CAL VC V08 R08 033**
SIG	**VERSIÓN: 08**
PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 08**
ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	**FECHA: 17-03-2026**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☐ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
11 SEP. 2026	10:32	Dary Yamile Castellanos	53165854		Hbz, Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:33	Laura Daniela Ortiz	1051826132		Hbz Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:34	Luisa Fernanda Cepeda	1027673893	Luisa Vanegas J.	Hbz Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:34	Laura Ramirez leon	1019189958		Hbz Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:35	Merly Johanna Roa	38299668	Merly J. Roa.	Hbz Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:39	Linda Valentina García H.	1010963047		Hbz Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:38	Yorgelis Cedeño Martinez	56880726		Hbz Vz	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:39	Laura Valentina Sanchez	1021397899	Laura Sanchez	Hbz Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:41	Ana Elizabeth Torres G.	1140917921	Elizabeth Torres.	Hbz Vz.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:42	Alexandra Villalobos C.	1007157306	Alexandra V.	Hbz Vz.	Alejandra	

Powered by CamScanner

Centro Especializado en Vacunación 3) **IPS VACUNAR COLOMBIA SAS** *Vacunarse es su Seguro de Vida*	**FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	**FO CAL VC V08 R08 033**
	SIG	**VERSIÓN: 08**
	PROCESO: CALIDAD	**REVISIÓN: 08**
	ESTÁNDAR: PROCESOS PRIORITARIOS	**FECHA: 17-03-2026**

De manera voluntaria, luego de haber recibido información clara, concreta, sencilla y en términos acordes con mi condición; así como explicaciones adecuadas por el personal de salud de IPS VACUNAR COLOMBIA SAS, informo que comprendo los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones de la aplicación de la o las vacunas que se me administran; de la misma manera se me han indicado las recomendaciones que debo seguir, de acuerdo con la información entregada por los distintos laboratorios productores de la o las vacunas que se me administren.

Efectos pos vacunales: Calor en el sitio de punción, irritación en la zona, dolor y tumefacción de la zona puncionada
Posibles efectos secundarios: fiebre, dolor de cabeza, erupción en la piel, malestar general y/o diarrea

Entiendo que la firma de este documento constituye una expresión autónoma de mi voluntad

Intramural ☐ **Extramural** ☒ **Jornada de vacunación** ☐ **Domicilio** ☐ **Unidad Móvil** ☐

FECHA	HORA	NOMBRE DEL PACIENTE	CEDULA DE CUIDADANIA	FIRMA DEL PACIENTE	VACUNA ADMINISTRADA	NOMBRE DE QUIEN APLICA LA VACUNA	VISTO BUENO JEFE
11 SEP. 2026	10:43	Lizeth Camila Camacho Hesc	TI. 1123511513	Camila C.	#2 V2.	Alejandra	
11 SEP. 2026	10:45	Lina Paola Avendaño Salinas	T.I. 1013268340	Lina Avendaño	#62 V2.	Alejandra	

El líder del SIG de SIG de IPS VACUNAR COLOMBIA S...

Powered by CamScanner